

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE
PROFESSEUR A. MONTANDON

Quelques données statistiques **sur** **le cancer de l'amygdale palatine**

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GHANIM JABOURY

DE

MOSUL (IRAK)

Thèse N° 2476

GENÈVE
IMPRIMERIE LA SIRÈNE
1957



UNIVERSITÉ DE GENÈVE
CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE
PROFESSEUR A. MONTANDON

Quelques données statistiques sur le cancer de l'amygdale palatine

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GHANIM JABOURY

DE

MOSUL (IRAK)

Thèse N° 2476



GENÈVE
IMPRIMERIE LA SIRÈNE
1957

La Faculté de Médecine, sur le préavis de Monsieur
le Professeur A. Montandon, autorise l'impression de
la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion
sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 4 mars 1957.

Le Doyen :
ERIC MARTIN

Thèse N° 2476.

Je suis très heureux d'exprimer, au début de cette thèse, ma profonde gratitude à Monsieur le Professeur André MONTANDON pour la bienveillance qu'il m'a témoignée au cours de mes études.

Mes remerciements vont également à Monsieur le Docteur S. RAUCH, chef de clinique, qui m'a proposé le sujet de ce travail et qui, durant son élaboration, a bien voulu me guider, ainsi qu'à Monsieur le Docteur I. REYTAN, qui s'est donné la peine de corriger cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552322_0002

INTRODUCTION

Dans ce travail, nous passerons en revue principalement les statistiques provenant de très nombreux travaux sur les différentes modalités présentées par les diverses tumeurs malignes de l'amygdale palatine et celles que nous avons tirées des observations d'un nombre suffisant de patients traités à l'Hôpital cantonal de Genève depuis 1940.

Mais pour ce faire, il faudra tout d'abord définir succinctement l'organe touché, puis tenter une description brève des tumeurs malignes pouvant atteindre cet organe dont la structure fine nous permettra d'en donner une classification histologique. Toutefois, cette classification ne sera possible qu'en faisant un tri arbitraire parmi toutes celles présentées par divers auteurs.

DESCRIPTION.

Les amygdales sont des organes spéciaux, formés d'amas lymphoïdes recouverts d'un épithélium pavimenteux, situés de chaque côté des parois latérales du pharynx et du rhino-pharynx. Ce sont :

- les *amygdales palatines* qui sont des formations lymphoïdes en forme d'amandes enchâssées de chaque côté de l'isthme du gosier entre les piliers du voile du palais,
- les *amygdales linguales* qui disparaissent à l'état normal chez l'adulte,
- les *amygdales rhino-pharyngées* de LUSKA, situées au fond du rhino-pharynx,
- les *amygdales tubulaires* de GERLACH et certainement d'autres formations lymphoïdes disséminées sur les parois du pharynx.

Toutes ces formations lymphoïdes constituent l'*anneau lymphoïde* de WALDEYER ; il faut d'ailleurs se rappeler d'emblée qu'elles font partie intégrante d'un ensemble de tissus disparates répandus dans tout le corps et qui, ensemble, forment ce qu'on appelle le *système réticulo-endothélial*.

Ces différentes amygdales sont constituées par un réticulum (fixe) et des histiocytes (mobiles) d'où l'appellation de système *réticulo-histiocytaire*. Ce système, dont le rôle exact n'est pas encore entièrement élucidé à l'heure actuelle, comprend l'ensemble d'un assez grand nombre d'organes morphologiquement disparates tels que les ganglions lymphatiques, la rate, la moelle osseuse, les amas lymphoïdes, les plaques de PEYER dans les parois des vaisseaux, et les cellules de KUPFER du foie (TAILLENS).

Pour mieux comprendre l'étude clinique et la classification des tumeurs amygdaliennes, il est nécessaire de s'étendre un peu sur l'embryologie et l'histologie des amygdales.

Embryologiquement, l'amygdale palatine prend naissance au niveau d'une évagination de la 3^e poche branchiale entre le 2^e et le 3^e arc pharyngien.

A un stade ultérieur, on remarque un effacement des bourgeons épithéliaux qui se sont formés au cours du 4^e mois. Mais ce n'est qu'au cours de la première année que se forment de véritables follicules avec leurs *centres germinatifs*.

Histologiquement, les amygdales sont constituées par un épithélium malpighien pavimenteux stratifié avec des cellules superficielles qui ne se kératinisent jamais. L'épithélium envoie une série de prolongements dans le chorion qui forment des cryptes. L'épithélium qui tapisse ces cryptes est richement infiltré de lymphocytes. Cet épithélium recouvre des nodules lymphoïdes qui comportent un centre clair, véritables centres germinatifs dont la partie périphérique est très basophile. Ces centres germinatifs ont la même structure que les ganglions lymphatiques. En dehors de ces centres clairs, le tissu lymphoïde est formé presque uniquement de lymphocytes très serrés les uns contre les autres, donnant un aspect dense à la préparation étudiée. Ce « *stroma spécifique* » comprend donc, d'une part, les cellules réticulaires des follicules et des cordons et, d'autre part, les cellules réticulo-endothéliales des sinus péri-folliculaires. Comme pour les ganglions lymphatiques, ce réticulum forme la trame du tissu lymphoïde et on y perçoit deux types : dans les cordons et les masses folliculaires, il est disposé en mailles assez régulières formées d'une trame fibrillaire de nature collagène ou pré-collagène, s'accompagnant de cellules anatomiques. Dans les centres clairs, les fibrilles sont peu abondantes mais elles s'y perçoivent toutefois. Les cellules réticulaires ont une grande activité phagocytaire. Les amygdales ressemblent morphologiquement aux ganglions lymphatiques sauf qu'elles ne possèdent pas de lymphatiques afférents.

Anatomiquement, l'amygdale palatine se trouve entre le pilier antérieur et le pilier postérieur ; elle est irriguée par l'artère tonsillaire qui est une branche de la palatine ascendante qui vient de la faciale. Les lymphatiques venant de l'amygdale contournent la carotide externe et se terminent dans le ganglion sous-digastrique. D'autres (inconstants) vont dans la chaîne jugulaire externe, tandis qu'il y en a d'autres qui viennent des fosses nasales.

CLASSIFICATION ET DESCRIPTION DES TUMEURS DE L'AMYGDALE

CLASSIFICATION.

Ce bref aperçu descriptif et histologique des amygdales et de leurs fonctions était nécessaire pour nous permettre de mieux comprendre les réactions ganglionnaires par rapport aux tumeurs amygdaliennes. Il peut y avoir des classifications diverses suivant le point de vue auquel on se place : tout d'abord on peut dire qu'en général on peut avoir affaire à des tumeurs épithéliales ou lymphocytaires. D'autre part, on peut aussi les séparer en tumeurs bénignes et en tumeurs malignes, mais cette classification sommaire peut être amplifiée et les divisions de celle-ci varieront avec les auteurs qui les ont établies.

Voici, par exemple, une classification des tumeurs malignes établie par des auteurs anglo-saxons sur la base des types histologiques observés ; elle a été établie par DUTA-CHANDLIURI sur 152 cas et par PARSHALL et STENSTROM sur 103 cas.

I. Corcinome épidermoïde

- a)* type transitionnel
- b)* type spino-cellulaire
- c)* type baso-cellulaire
- d)* type à petite cellule
- e)* type anaplastique
- f)* type indifférencié
- g)* carcimome pavimenteux

II. Lymphoépithéliome

IV. Plasmocytome

V. Leucémie

VI. Lymphogranulome

Une autre classification, due à ARDOIN, semble plus complète et c'est celle qui sera suivie dans ce travail. Elle subdivise les tumeurs de l'amygdale en :

Tumeurs bénignes :

- Fibromes
- Kystes
- Angiomes
- Papillomes
- Tumeurs dermoïdes, ostéomes, chondromes

Tumeurs malignes

Epithéliomas :

- Epithéliomas typiques lobulés (ou spino-cellulaires)
- Epithéliomas spino-cellulaires trabéculaires
- Epithéliomas à cellules indifférenciées
- Epithéliomas glandulaires

Lympho-épithéliomas

Sarcomes et lymphosarcomes :

- Sarcomes fasciculés (très rares)
- Sarcomes lymphoblastiques
- Sarcomes lymphocytiques avec en plus des formes atypiques et des formes de transition

Réticulo-sarcomes :

- Réticulosarcomes embryonnaires
- Réticulosarcomes différenciés
- Réticulo-endothéléo-sarcomes
- Réticulosarcomes à évolution fibrocytaire
- Réticuloépithéliomes

Tumeurs où la prolifération tissulaire prédomine :

- Lymphomes, lymphadénomes
- Hyperplasie organoïde
- Lymphogranulomatoses

DESCRIPTION ANATOMIQUE ET CLINIQUE DES DIFFÉRENTS TYPES DE TUMEURS MALIGNES

LES ÉPITHÉLIOMAS

Description anatomique.

Les épithéliomas de l'amygdale prennent naissance dans la muqueuse de l'épithélium pavimenteux ; ils ne diffèrent les uns des autres que par des détails, mais ceux-ci sont suffisants pour établir une classification stable qui présente un certain intérêt au point de vue de la thérapeutique.

Les détails histologiques de ces tumeurs ont été donnés par EWING, QUICK, DUVAL et de nombreux autres auteurs.

Epithéliomas typiques lobulés (ou spino-cellulaires).

Ceux-ci sont assez fréquents au niveau des amygdales et ont morphologiquement les mêmes caractères que les épithéliomas épidermiques ; ils forment des globes cornés et possèdent des cellules à granulations kératohyalines.

Epithéliomas spino-cellulaires trabéculaires.

Ils se rencontrent souvent au niveau des amygdales et se caractérisent par la formation de tubes pleins.

Epithéliomas à cellules indifférenciées (ou basocellulaires).

Ces épithéliomas sont constitués par des tubes pleins et les cellules sont toutes dépourvues de filaments d'union.

Les épithéliomas glandulaires.

Ceux-ci décrits par DUCUING se présentent sous deux aspects : une forme fondamentale typique et une forme atypique.

La forme fondamentale typique montre une structure glandulaire avec un épithélium formé soit de petites alvéoles creusées

chacune d'une cavité glandulaire autour de laquelle les cellules bordantes sont régulièrement orientées, soit de travées pleines mais cependant différenciées en petites cavités glanduliformes.

Au stade de début, celle-ci est toujours vague, comme pour tous les cancers et normalement le malade ne s'en rend compte que quand la tumeur s'est déjà étendue et a provoqué des adénopathies. Ces malades ont une *sensation de gêne gutturale*. Elle est unilatérale et on rencontre de temps en temps une otalgie.

CASTEX a rangé en trois catégories la symptomatologie des cancers et des épithéliomas de l'amygdale à leurs débuts :

Gêne de la gorge sous la forme de sensation d'éraillure, de piquûre, d'arête de poisson piquée dans la glande ; *cette gêne augmente surtout au deuxième temps de la déglutition*.

Douleurs dans l'oreille : ce symptôme est étroitement lié au précédent et est nettement exacerbé par la déglutition. Toutefois, l'adénopathie est très fréquente.

A ce stade du début, au point de vue de l'aspect macroscopique, il peut y avoir :

- *une forme ulcéreuse*
- *une forme végétante*
- *une forme cryptique*

Au stade d'infiltration amygdalienne et d'extension ganglionnaire, le malade, insouciant jusqu'alors, commence à s'inquiéter de la persistance de cette gêne gutturale et de l'otalgie qui a aussi augmenté en intensité ; ces symptômes se sont d'ailleurs accentués.

L'état général du malade est en général bon et il continue à vaquer à ses occupations.

A cette période d'état, CASTEX assigne les signes subjectifs suivants :

- *Des troubles de l'alimentation,*
- *Une dysphagie,*
- *Des nausées,*
- *Des troubles respiratoires,*
- *De la sialorrhée,*
- *Des troubles vocaux* sous forme d'une voix amygdalienne,
- *Des troubles auditifs* sous forme de bourdonnements et de diminution de la capacité auditive.

En plus de ces signes subjectifs il peut y avoir aussi des hémorragies, parfois abondantes et des céphalgies, symptômes qui sont en relation avec des troubles circulatoires.

A ce stade comme au stade précédent, on peut trouver les trois formes térébrantes, ulcéreuses et végétantes.

Toutes ces formes se propagent de proche en proche.

A la période terminale d'extension périamygdalienne et péri-ganglionnaire qui s'installe dans les six à huit mois après le début de la maladie.

Le diagnostic.

Au début l'amygdale intéressée peut conserver son volume normal, sauf de temps en temps où celui-ci peut être légèrement augmenté (comme dans les cas d'épithéliomas cryptiques).

Le toucher digital est très important pour poser un diagnostic car une amygdale atteinte est de consistante ferme et exempte d'élasticité.

Tout au début, l'examen du territoire ganglionnaire nous montrera les ganglions des régions rétro-angulo-maxillaire et jugulo-carotidienne sans aucune manifestation clinique.

Le diagnostic des épithéliomas ne fait souvent pas de doute et la biopsie le confirmera, mais quelques lésions inflammatoires peuvent être confondues avec ces lésions tumorales. Il nous faut donc faire un *diagnostic différentiel*
avec le *chancre amygdalien*,
la *syphilis tertiaire*,
et l'*ulcération tuberculeuse*.

Pronostic et évolution.

La forme clinique, dont le pronostic est le meilleur, est celle du type localisé ne présentant pas d'adénopathies. Les types présentant une extension au sillon glosso-amygdalien impliquent un pronostic plus réservé (MADURO).

Les récidives se font presque toujours au cours des deuxième et troisième années et elles se manifestent ordinairement par l'apparition d'une adénopathie rétro-angulo-maxillaire.

En conclusion, il faut insister sur le fait que le pronostic des cancers de l'amygdale reste encore très sévère dans son ensemble et surtout que très souvent les malades ne s'adressent à un médecin que lorsque le stade primaire a été dépassé.

LYMPHOËPITHÉLIOMAS

Ces tumeurs sont bien rares, semble-t-il, quoiqu'elles aient été déjà reconnues par HOUSSEL en 1895. Mais c'est en 1936 que JOVIN a pu donner une description magistrale de ces tumeurs et c'est dès cette époque que le terme de « lymphoépithéliomas » a été admis. Ce qui est important, en plus de l'intérêt histologique, c'est le fait de leur radio-sensibilité (en tout cas pour la plupart de ces tumeurs).

Au point de vue histologique, il y a quatre caractères essentiels de ces tumeurs : un aspect syncytial, une dissociation en cordons anastomosés, des éléments peu différenciés et ne subissant aucune évolution épidermoïde et des lymphocytes parmi les cordons épithéliaux néoplastiques.

Symptomatologie.

La symptomatologie de cette affection est presque la même que pour les épithéliomas, mais les images histologiques les différencient.

Toutefois, la présence d'un certain nombre de lymphocytes normaux dans des travées cancéreuses confère à cette variété d'épithéliomas un dynamisme particulier : le *lymphotropisme*. De ce fait, ces tumeurs sont un peu moins dures que les épithéliomas classiques et sont le point de départ d'adénopathies très précoces et très extensives.

LES SARCOMES ET LES LYMPHOSARCOMES

A) *Description anatomique*

Les sarcomes fibroblastiques (ou sarcomes fasciculés).

Ce sont vraisemblablement des sarcomes fuso-cellulaires des régions voisines, par exemple du pilier (MADURO) ayant envahi secondairement l'amygdale palatine. Ils sont constitués surtout de cellules ou de fibres collagènes d'où l'appellation de fuso-sarcomes pour les premiers et de fibro-sarcomes pour les seconds.

Les lymphosarcomes.

La classification de ces tumeurs est extrêmement difficile car l'appréciation de la nature hyperplastique ou de la prolifération maligne est ardue. Ce sont les différenciations des cellules qui les constituent qui serviront de critères de classification anatomo-histologique.

Les sarcomes lymphoblastiques.

Histologiquement, dans ces tumeurs, les éléments lymphoblastiques prédominent.

Les sarcomes lymphocytiques (lymphadénomes malins).

Ceux-ci ressemblent beaucoup aux sarcomes précédents mais les cellules sont plus différenciées avec peu de lymphoblastes.

Les lymphosarcomes atypiques.

Dans ces tumeurs, le polymorphisme cellulaire domine et l'on y trouve des lymphocytes et des grands mononucléaires avec des formes giganto-cellulaires plurinucléées relativement fréquentes. Ceci montre que leur indice de malignité est très augmentée.

Les formes de transition des lymphosarcomes.

Ce sont des formes de lymphosarcomes à cheval entre les lymphocytomes et les lymphoblastomes typiques.

B) Description clinique

Symptomatologie.

La symptomatologie des lymphosarcomes se caractérise sur le plan clinique par :

- leur fréquence chez les sujets jeunes,
- leur précocité de leurs extensions ganglionnaires,
- leur haute sensibilité aux Rayons X,
- la rapidité de leurs récives après une guérison apparente,
- l'extrême sévérité du pronostic.

Diagnostic.

Celui-ci est surtout basé sur l'âge du malade (enfant ou adolescent) car passé 40 ans, on a plutôt affaire à un lympho-épithéliomas, sur les inégalités de volume des amygdales,

Le diagnostic différentiel entre les lymphosarcomes et la leucémie lymphoïde sera fait par la lecture de l'hémogramme et au besoin de myélogramme.

Evolution et pronostic.

L'amygdale atteinte trouble fortement la déglutition, la paralysie envahit le pilier antérieur et le voile du palais, puis gagne le pavillon tubaire en entraînant une otalgie.

Il y aura aussi des compressions nerveuses avec paralysie motrice et d'incessantes douleurs. Le malade ne pouvant plus s'alimenter maigrit rapidement, ce qui accélère la cachexie et la mort survient très vite.

LES RÉTICULO-SARCOMES DE L'AMYGDALE

Description anatomique.

Cette tumeur présente, tant au point de vue clinique qu'au point de vue morphologique une individualité bien précise.

Macroscopie.

Au début, il y a une lymphotrophie amygdalienne, plus tard, à la période d'infiltration, il y a envahissement de la structure normale de l'organe qui est méconnaissable et la confluence des foyers tumoraux aboutit à une masse jaune-grisâtre facilement désintégradable en raison de phénomènes nécrotiques.

Les réticulo-sarcomes embryonnaires.

Histologiquement, on distingue deux types de cellules. La première qui est de lymphocytes, vestige de follicules lymphoïdes, et le deuxième type représente les cellules tumorales avec des limites cellulaires extrêmement imprécises et qui donnent un aspect syncytial avec des gros noyaux clairs qui montrent les monstruosité.

Les réticulo-sarcomes différenciés.

Dans ces tumeurs, les cellules sont plus différenciées que dans la forme précédente, le tissu est moins serré et les cellules sont moins fusionnées.

Les réticulo-endothélio-sarcomes.

Dans cette forme, les nappes cellulaires sont moins abondantes mais les cellules sont allongées, fusiformes, basophiles, à nucléoles apparents et à cytoplasme abondant.

Réticulo-lympho-sarcomes (OBERLING).

Dans ce type de sarcomes, les cellules réticulaires évoluent vers la lignée lymphoïde. Ces éléments réticulaires se fusionnent et forment un véritable syncytium. En résumé, les caractères connus de ces divers sarcomes sont :

- une allure syncytiale,
- un aspect morphologiquement réticulaire,
- une potentialité évolutive vers un type pluri-cellulaire,
- leur propriété phagocytaire.

Symptomatologie.

Selon ADAM et DIACONO, les réticulo-sarcomes se rapprochent beaucoup par leur physionomie clinique des lympho-sarcomes ; ils se rencontrent surtout chez les sujets jeunes.

Le diagnostic différentiel doit se faire avec la maladie de HODGKIN (vu l'atteinte sanguine), mais le prurit et les autres symptômes posent le diagnostic.

DONNÉES STATISTIQUES SUR LES TUMEURS MALIGNES DE L'AMYGDALE

DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES

Les tumeurs malignes de l'amygdale par rapport aux autres localisations.

Les différents types histologiques des tumeurs de l'amygdale ont une répartition inégale, mais en tout état de cause, la totalité de ces types sont assez fréquents ; cependant les chiffres varient d'auteurs à auteurs.

DUTTA - CHANDLIURI ont examiné en trois ans (de 1950 à 1953) 5071 tumeurs malignes de toutes localisations ; les localisations oto-rhino-laryngologiques en général se montaient à 1381 cas (10,96 %). De ceux-ci, 152 étaient des tumeurs de l'amygdale, soit le 2,99 % de toutes les localisations.

PARSHALL et STENSTROM, en 1952, situent ce pourcentage entre 1,5 et 3 %. Au Memorial Hospital de New-York, PACK et LEFEVRE en trouvent 2,23 %.

Pour SCHALL, à New-York, ce pourcentage est plus faible : 0,94 % ; ce chiffre est du même ordre de grandeur que celui observé par TELOH, dans le Massachusset, soit 1,2 %. A Strasbourg, FRÜHLING et WILD en observent 0,37 %.

L'âge moyen de l'incident.

Pour DUTTA-CHANDLIURI, l'âge moyen présenté par les malades atteints de tumeurs malignes de l'amygdale se situe entre 28 et 81 ans ; pour TELOH entre 65 et 69 ans, quoique le plus jeune malade ait été âgé de 3 ans et le plus vieux de 87 ans.

DUTTA admet que la majorité des tumeurs amygdaliennes se constatent chez les malades âgés de 45 à 64 ans.

Selon ces auteurs, l'âge moyen d'apparition des sarcomes est

situé entre 19 et 85 ans, tandis que celui des épithéliomas se situe entre 35 et 85 ans (pour les cancers amygdaliens en général, il apparaît entre 50 et 60 ans).

Pour ACKERMANN, MARTIN, SUGARBACKER et MATTICK, cet âge moyen est entre 60 et 70 ans, tandis que pour STENSTROM il est de 62-69 ans. Toutefois les âges extrêmes auxquels peuvent apparaître ces tumeurs sont très écartés. CANUYT sur 145 malades les a trouvés entre 1 et 90 ans avec une fréquence maximum entre 50 et 70 ans.

L'influence du sexe.

Selon DUTTA les types épidermoïdes et les *Carcinome pavimenteux* se rencontrent le plus souvent chez l'homme. Sur 119 cas de ces tumeurs, il y en avait 110 chez l'homme, soit 84,9 %. TELOH en a trouvé 98,6 % et cite que divers auteurs ont trouvé entre 80 et 95 %. MARTIN et SUGARBACKER donnent le chiffre de 86 %, WALKER et SCHUTZ 84 % ; MATTICK 91,3 %, SCHALL 88,7 % ; BURNAN le signale à 77,5 %.

FRÜHLING et WILD trouvent les épithéliomas à 88 % chez les hommes et à 12 % chez les femmes ; pour les sarcomes, ces proportions sont de 61,3 % pour les hommes et de 38,7 % pour les femmes. Ces mêmes auteurs évaluent que pour l'ensemble des tumeurs malignes de l'amygdale la proportion est de 79,1 % pour les hommes et de 21 % pour les femmes.

DUCUING cite que le sexe masculin, en effet, est atteint plus fréquemment que le sexe féminin : sur 71 cas de tumeurs malignes de tout genre de l'amygdale, il y en avait 9 (soit 12,7 %) chez les femmes et 62 (soit 87,5 %) chez les hommes.

La répartition selon les différents types histologiques.

Nous avons tenté de condenser dans un tableau cette répartition sans entrer dans le détail des subdivisions histologiques, car il ne faut pas manquer de signaler que les divers travaux publiés par des auteurs différents comprennent presque autant de subdivisions histologiques qu'il y a de travaux et d'auteurs.

Dutta-Chandliuri (sur 25 cas)	93,70 %	2,40 %	2,40 %	1,60 %
Frühling L., Wild C.	64,40 %	—	32,60 %	1 %
Roussel (sur 114 cas)	56,98 %	—	40,35 %	2,63 %
Berven E. (sur 95 cas)	52,60 %	4,20 %	37,40 %	5,80 %
Arnold J. (sur 50 cas)	60 %	—	30 %	10 %
Dancot H.	65 %	5 %	30 %	—
Bullo E. (sur 102 cas)	72,60 %	—	27,40 %	—
Rozengang D., Levin J. (sur 90 cas)	49 %	11 %	40 %	—
Vigi F. (sur 58 cas)	55,10 %	—	44,90 %	—
Ardoïn (sur 114 cas)	42,10 %	11,40 %	33,36 %	12,70 %
Parshall D., Senstrom K. (103 cas)	77,60 %	4,80 %	12,80 %	4,80 %
Coutard (sur 46 cas)	94 %	6 %	—	—
Ducuing J.	75 %	—	25 %	—

Mais pour que ce travail soit complet, nous avons jugé utile de présenter quelques-uns des nombreux travaux qui donnent des statistiques de répartition basées sur des critères histologiques fins. D'après DUTTA-CHANDLIURI cette répartition se présente ainsi :

Types histologique	Pourcentages sur la totalité des cas
I. Carcinomas	
Epidermoïdes	93,7 %
se subdivisant en	
a) type de transition	54,3 %
b) type spino-cellulaire	2,4 %
c) type baso-cellulaire	2,4 %
d) type à petites cellules	3,9 %
e) type anaplastique	3,2 %
f) type indifférencié	5,5 %
g) type spino-cellulaire « squameuses » . .	22,1 %
II. Lymphoépithélioma	2,4 %
III. Lymphosarcoma	2,4 %
IV. Plasmocytoma	0,8 %
V. Sarcoma de Hodgkin	0,8 %

ARDOIN présente 114 cas, qui ont tous été vérifiés histologiquement et il les répartit ainsi :

I. 42,10 % d'épithéliomas, soit :

type lobulé spino-cellulaire	19,30 %
type spino-cellulaire trabéculaire	20,18 %
type à cellules indifférenciées	2,62 %

II. 44,76 % de sarcomes, soit :

type lymphosarcomes	26,34 %
répartis en :	
type blastique	7,90 %
type cytique	12,30 %
atypique	4,39 %
forme de transition	1,75 %
type fasciculé	0
type lymphoépithéliomes	11,40 %
type réticulosartromes	7,02 %

L'étiologie.

Sur 152 cas examinés par DUTTA-CHANDLIURI, il y avait 71 % de fumeurs. La syphilis, pour lui, ne joue aucun rôle. FRÜHLING et WILD montrent qu'il y a la présence d'un tabagisme relativement plus important dans le groupe des épithéliomas (58 %) que dans le groupe des sarcomes (39 %) et que ni la tuberculose ni la syphilis ne joue de rôle, quoique l'alcoolisme est de 36 % dans le groupe des épithéliomas et 17 % dans le groupe des sarcomes.

La symptomatologie.

Pour WALKER et SCHUTZ le symptôme le plus précoce est le mal de gorge dont la fréquence atteint 54 % ; TELOH le situe à 40,4 % tandis que DUTTA trouve le chiffre très bas de 5,9 %.

Pour les différents symptômes, DUTTA donne le tableau suivant :

Douleurs ou difficultés de déglutition	77,6 %
Enflure du cou	20,4 %
Otalgie	17,8 %
Changement dans la voix	15,1 %

Douleurs pharyngées	14,5 %
Troubles de la salivation	5,9 %
Hémorrhagie	4,0 %
Douleurs de la région temporale et maux de tête	2,0 %

Pour les premiers symptômes fonctionnels, FRÜHLING et WILD donnent la statistique suivante :

Dans les cas d'épithéliomas :

— une gêne pharyngée (sensation de corps étranger, de picotement ou de brûlure de l'arrière-gorge	38 %
— une légère douleur pharyngée au moment de déglutition et une otalgie réflexe . . .	36 %
— une adénopathie sous-angulaire-maxillaire . .	24 %
— une sialorrhée	9 %
— des crachats sanguinolents	6 %

Dans les cas de sarcomes :

— une adénopathie sous-angulo-maxillaire . .	48 %
— une douleur pharyngée	45 %
— une simple gêne pharyngée	34 %
— une otalgie réflexe	22 %
— une toux irritative	4 %

Les caractères macroscopiques des lésions malignes de l'amygdale.

FRÜHLING et WILD ont trouvé, pour épithéliomas, les caractères suivants :

— la forme ulcérée	dans 61 % des cas
— la forme bourgeonnante	dans 32 % des cas
— la forme infiltrante	dans 7 % des cas

Pour les sarcomes, ces chiffres deviennent :

— la forme hypertrophique et ulcéreuse	dans 70 % des cas
— la forme hypertrophique simple	dans 13 % des cas
— la forme infiltrante	dans 13 % des cas
— la forme bourgeonnante	dans 4 % des cas

D'après ces chiffres, ces auteurs prétendent que la forme sarcomateuse et ulcéreuse n'est pas aussi rare que ne l'admettent l'opinion classique.

DUTTA trouve pour ces caractères les chiffres suivants :

— lésions prolifératives	dans 13,2 % des cas
— lésions ulcératives	19,7 % des cas
— lésions infiltratives	29,6 % des cas
— lésions ulcéro-prolifératives	26,3 % des cas
— lésions lisses	11,2 % des cas

De tous ces cas, seulement 18,4 % ont été limités seulement à l'amygdale.

— 41,4 %	ont été limités à la base de la langue
— 40,1 %	ont attaqué le pilier antérieur
— 36,1 %	» le pharynx
— 31,6 %	» le pilier postérieur
— 23,0 %	» le palais mou
— 9,2 %	» le larynx
— 3,9 %	» la joue

Corrélation entre le type histologique et l'aspect macroscopique.

DUTTA montre que les « types pavimenteux » et les « types épidermoïdes » deviennent indurés à la palpation, puis ils s'ulcèrent précocement ou tardivement ; sur les 144 cas qu'il a observés, 86,8 % ont débuté au pôle inférieur de l'amygdale.

Dans le lymphoépithélium le volume de l'amygdale devient énorme, de 3 à 4 fois le volume normal, jusqu'au volume d'un grape-fruit (pamplemousse). Dans les lymphosarcomes, sur 3 cas, 2 avaient atteint une amygdale volumineuse avec de petits ganglions lymphatiques ; le troisième cas présentait de grands ganglions lymphatiques.

Pronostic et évolution.

Le pronostic est très mauvais, quelque soit le traitement appliqué, quoique l'évolution varie un peu suivant ce traitement et la présence ou non d'adénopathies.

Vu le grand nombre de travaux parus sur ce sujet, nous tenterons de les condenser dans un tableau donnant un aperçu des résultats obtenus par quelques auteurs après Roentgenthérapie et (ou) Radiumthérapie.

LES SURVIES D'APRÈS LES DIFFÉRENTS AUTEURS

AUTEURS	TUMEURS	Nombre de cas	SURVIE de	
			3 ans	5 ans
QUICK	»	—	20 %	—
ROZENGANG	Lymphoépithéliomas	—	—	50 % (au delà de 1 à 5 ans)
et LEVIN	Carcinomas	—	—	17 % (de 1 à 5 ans)
MACCHI	»	134	—	16 % ¹
DANCOT	Sarcomes	104	—	32,6 % ²
	»	102	—	35,3 % ³
	Carcinomes	—	41,2 %	11,1 %
HAMALAINEN	Lymphoépithéliomas	—	40 %	25 %
	Sarcomes	—	66 %	40 %
BULLO	Carcinomes	102	—	26 % (de 3 à 12 ans)
COUTARD	Totalité	46	26 %	23 %
			sans métas-	
			tases : 10 %	
MATTHICK	Totalité	162	avec métas-	—
			tases : 25 %	
WALKER	»	168	25 %	—
et SULTZ	»	176	18 %	—
UFFY	»	—	35 %	26 % (4 ans)
MARSHALL	Carcinomes	—	—	30 %
VEYDE	Totalité	148	—	18 % (4 ans)
MARTIN et		93	35 %	—
UGARBACKER	»	48	—	26 %
ENSTROM	Sarcomes	—	13,9 %	1,5 %
RÜHLING	Epithéliomas	—	13 %	0 %
et WILD				

¹ Fondation Curie, de Paris, 1940-1949.

² Fondation Curie, de Paris, 1948.

³ Radiumhemmet, de Stockholm, 1953.

RÉSUMÉ DES STATISTIQUES DE LA LITTÉRATURE

Pour pouvoir tenter un rapprochement entre les statistiques tirées des divers travaux publiés sur les tumeurs malignes des amygdales et celles que nous tirerons des observations des cas traités à la Clinique oto-rhino-laryngologique de l'Hôpital cantonal de Genève, il va falloir essayer de résumer ces différentes statistiques malgré tous les risques que cela comporte, car il n'est pas évident que toutes ces statistiques peuvent être additionnées ensemble sans autre. Pour certaines, cela se fera sans équivoque, tandis que pour d'autres, il faudra les interpréter avec toutes les imprécisions que cela peut comporter. Toutefois, voici les résumés que nous proposons :

- Pour le pourcentage des tumeurs amygdaliennes par rapport aux autres localisations il y en a, en moyenne générale 1,56 % (avec les chiffres extrêmes de 0,37 % à 2,99 %).
- L'âge moyen des malades est, pour toutes les tumeurs amygdaliennes, de 52,6 ans, avec le plus fort pourcentage entre 21 et 81 ans. Les âges extrêmes où une tumeur amygdalienne a été constatée étant de 1 à 90 ans.

L'âge moyen d'apparition d'un épithélioma amygdalien est entre 35 et 85 ans et pour un sarcome entre 19 et 85 ans.

- L'incidence des tumeurs amygdaliennes selon les sexes fait ressortir que pour la totalité de ces tumeurs la moyenne générale est de 80 % d'hommes (avec des extrêmes de 72 % et de 93 %) et de 20 % de femmes (pourcentages extrêmes, 12 % et 40 %).
Les épithéliomas frappent en moyenne générale le 88,4 % des hommes (chiffres extrêmes 80 % et 95,7 %) et 12,3 % des femmes (avec des extrêmes de 10 % et 16 %).

Les sarcomes frappent en moyenne générale 61,3 % des hommes et 38,7 % des femmes (les extrêmes ne sont pas donnés).

- La répartition des tumeurs amygdaliennes selon les types histologiques est très ardue à résumer et même le résumé obtenu est sujet à caution, car les divers auteurs n'ont pas les mêmes normes de classification. Mais, en ne se tenant qu'aux grandes lignes de la classification, il est possible de donner le résumé suivant :

	Moyenne générale	Chiffres extrêmes
Epithéliomas	66,43 %	de 42 à 94 %
Lymphoépithéliomas	6,3 %	de 2,4 à 1,4 %
Sarcomes	30,65 %	de 2,4 à 44,9 %
Réticulosarcomes	4,01 %	de 1 à 7,02 %
Tumeurs diverses	6,06 %	de 1 à 12,7 %

- Peu d'auteurs donnent des statistiques sur l'étiologie des tumeurs amygdaliennes. Les quelques données peuvent se résumer ainsi : il y en a 68 5 % chez les fumeurs et cette proportion est de 58 % pour les épithéliomas et de 39 % pour les sarcomes.

L'alcoolisme serait présent dans 36 % des cas d'épithéliomas et dans 17 % des cas de sarcomes.

Il y aurait 17 % de B. W. positifs chez les malades observés par DUCUING ; ceci n'est pas admis par DUTTA-CHANDLIURI ni par FRÜHLING et WILD.

- Pour les premiers troubles fonctionnels, il est difficile de donner un résumé exact car très souvent les malades présentent plusieurs signes en même temps. Toutefois, selon les auteurs cités plus haut, on peut donner ce résumé approché :

Douleurs de déglutitions	77,6 %
Enflure du cou :	30,8 %
Otalgie	37,9 %
Mal de gorge	50,1 %
Changement de voix	15,1 %
Douleurs pharyngées	48,8 %
Troubles de la salivation	7,5 %
Hémorragies	5,0 %
Douleurs temporales et maux de tête	2,0 %
Toux irritative	4,0 %

- Il y aurait 79,2 % d'adénopathie chez les malades porteurs de tumeurs malignes de l'amygdale avec des chiffres extrêmes de 70,3 % et de 82,6 %.
- Les tumeurs malignes des amygdales ne sont limitées qu'à l'amygdale que dans 19,2 % des cas.

La fréquence des différentes formes des épithéliomas se traduisent, en résumé, ainsi :

formes ulcérées	40 %
formes ulcéro-prolifératives	26,3 %
formes prolifératives	13 %
formes bourgeonnantes	32 %
formes infiltrantes	18,2 %
formes lisses	11,2 %

Tandis que pour les sarcomes, l'on obtient les chiffres suivants :

forme hypertrophique et ulcéreuse	79 %
forme hypertrophique simple	13 %
forme infiltrante	13 %
forme bourgeonnante	4 %

Les extensions des tumeurs amygdaliennes ont les pourcentages moyens suivants :

base de la langue	36,8 %
base de la langue et sillon amygdalo-glosse	42 %
sillon amygdalo-glosse	10,9 %
pilier antérieur	35 %
pilier postérieur	29,3 %
palais mou	23 %
voile du palais	21 %
larynx	8,6 %
joue	3,9 %
sillon gingivo-jugal	10,9 %
plancher buccal	15,2 %
métastases éloignés	3 %
cavum	1 %

Quant aux différentes localisations, suivant que l'on a affaire à des épithéliomas ou à des sarcomes, nous renvoyons le lecteur aux statistiques de FRÜHLING et WILD déjà citées plus haut.

- Pour les corrélations entre la macroscopie et le type histologique de la lésion, les données que nous possédons ne nous permettent pas de donner un résumé valable.

Notons toutefois que le pronostic est, en règle générale, très mauvais.

OBSERVATION DES CAS TRAITÉS A L'HOPITAL CANTONAL DE GENÈVE DE 1940 A 1956

Ces observations concernent 68 cas dont 36 n'ont pu être utilisés pour diverses raisons. Il reste donc 32 cas dont les observations sont suffisamment complètes pour servir de base à une étude statistique.

Ces 32 cas comportent 25 hommes et 7 femmes.

Ces observations sont données en détail sur les tableaux ci-joints :

Date	Type histologique	Macroscopie	Symptomatologie	Métastase gg.	Age	Sexe	Traite-ment	Survie
29.6. 1948	Ca. à cell. pav. forme intermédiaire	Petite ulcération de l'amyg. g. bord. irrég.	Tiraillement du pharynx, otalgie g.	gg. cerv. gg. parotidienne ferme mobile	60 ans	Mas.	R. X.	—
5.2. 1942	Ca. à cell. pav.	Ulcération de l'amyg g. infiltrations au repli glosso-épigl. g.	Picotements de l'amyg. g.	Pas de gg.	63 ans	Mas.	R. X.	2 mois
8.4. 1941	?	Ulcération de l'amyg. pil. post. et ant.	Doul. cerv. dr. du bord ant. ster. cl. mast. otalgie dr., dyspnée. Voix très rauque.	gg. sous-a. max. dr. ferme doul. fixé au plan profond	61 ans	Mas.	R. X.	—
19.7. 1940	Ca. baso-cellulaire	Tumeur de l'amyg. g. ulcère profond infiltr. pil. ant.	Gêne, douleur de l'amyg. g.	gg. cerv. externe et sous-max. g.	56 ans	Fém.	R. X.	—
8.10. 1948	Ca. à globes épider.	Bourgeonnement ulcéré du palais ch. et amyg.	Gêne à la langue, dysphagie, voix modifiée	masses gg. cerv. sup. g. et sous-claviculaire g.	74 ans	Mas.	R. X.	6 mois
9.2. 1948	globes épider.	Masse en chou-fleur de loge amyg. dr. de la langue	Saigne de la bouche, légère douleur en crachant	gg. cerv. de consistance ferme et à l'angle de mâchoire	69 ans	Mas.	R. X.	—
24.10. 1950 8.11. 1951	Ca. pav. indiff. en ulcère	Sillon amygdalo-glosse présentant une ulcération	Tuméfaction de la gorge	Pas de gg.	62 ans	Mas.	R. X.	9 mois
6.11. 1950 3.2. 1951	Ca. pav. très atypique	Ulcération du pharynx g. Amyg. s. p.	Mal au cou et dysphagie	—	50 ans	Mas.	Exérèse et R. X.	?
6.2. 1951	Ca. du sillon amyg.-glosse du type pav.	Tuméfaction de l'amyg. g. de sillons amygdalo-glosse à la base de la langue	Douleur à la déglutition, dysphagie interne	gg. s.-a. max. g.	59 ans	Mas.	Amygdalectomie R. X.	1 an

Type histologique	Macroscopie	Symptomatologie	Métastase gg.	Age	Sexe	Traite-ment	Survie	Décès
Ca. pav.	L'amyg. g. tuméfiée indurée	Au début, enflure du cou. Les g.s. max. sont douloureuses. Dysphagie douloureuse. Avancée d. au max. inf. Paralyse récurrentielle.	gg. sous-max. g. formant une masse assez compacte adhérent au plan profond	65 ans	Mas.	R. X.	6 mois	5.5. 1944
Tumeur lympho-épithéliale au début	L'amyg. g. hypertrophiée Cryptiques	Otalgie à dr., maux de gorge, tuméfaction sous-max.	gg. cervical g.	22 ans	Fém.	Amygdalectomie R. X.	en vie	non
Ca. à cell. pav. du type baso-cellulaire	L'amyg. g. hypertrophiée ulcér. de dim. 12 x 3 mm. Voile du pal. pil. post-infiltré	Dysphagie	Empâtement cervical g. diffus sans gg. isolés palpables	72 ans	Mas.	Amyg. g. R. X.	—	—
Ca. pav. à globes épider.	Ulcère infecté de l'amyg.		Chaîne gg. cerv. g.	«	«	R. X.	2 ans	—
Ca. à cell. pav. forme intermédiaire	Tuméfaction de grosseur d'une noix de l'amyg. dr. Consistance ferme	Névralgie faciale dr., légère gêne de la langue, infil. du pilier antérieur.	Pas de gg.	56 ans	Mas.	R. X.	2 ans	5.1. 1946
»	Tuméfaction ulcération profonde atteint de voile du palais	Otalgie et doul. du max dr.						
»	Ulcér. étendue atteignant le pilier ant. et voile du palais	Trismus, régurgitation nasale, dysphagie, nausée	gg. sous-a. max. dr. et sus-clavic. dr.					
Ca. à cell. pav. atypo-basocellulaire	Amyg. g. ulcéré	Otalgie g.	gg. sous-max. g. grandeur d'une noisette	76 ans	Mas.	Amygdalectomie R. X. évid. g. g.	2 ans	après 1948
Ca. à globes épider.	Bourgeonnement sur l'amyg.	—	Pas d'adénopathie	58 ans	Mas.	Radium R. X. Amygdalectomie	?	?

Date	Type histologique	Macroscopie	Symptomatologie	Métastase gg.	Age	Sexe	Traite-ment	Survie
26.3.1951	Ca. baso-cellulaire	Ulcération de l'amyg. g. et infil. de pil. ant.	Otalgie g. trismus, brûlure le long de la mâchoire inf. dysphagie intense dyspnée et névralgie	gg. sous-max. peu fixé sur le plan profond	g. 70 ans	Fém.	R. X.	1 an
5.6.1951	En 1950 Ca. solide infiltrant la musculature En 1951 Ca. baso-cell. très atypique	L'amyg. est ferme au niveau du pilier post. Il y a une petite granule	Douleur à la nuque dysphagie	gg. sous-angulo-max. g. légèrement dur et mobile	60 ans	Mas.	Amygdalectomie R. X.	—
3.5.50 1.7.50 29.1.51 15.6.51	Ca. à globes épider. de l'amyg. dr.	Amyg. g. cryptique	Mal à la gorge	gg. sous-max. fixe au plan profond	54 ans	Mas.	Amygdalectomie élargie R. X.	15 mois
25.5.51 21.8.51 24.9.51 18.12.1951	Ca. baso-cellulaire	Masse tumorale bourgeonnante de l'amyg. dr. Ulcération de la langue	Parésie de l'hémisphère facial dr et l'œil dr. Mal à la gorge dysphagie	gg. sous-angulo-max. dr.	76 ans	Mas.	R. X.	7 mois
11.8.51 26.2.52	Ca. du type pav. avec ébauche de stratification	Ulcération de l'amyg. g.	Douleur à la gorge irradiée à l'œil g. céphalée	Adénopathie derrière l'angle max. g.	67 ans	Fém.	R. X.	21 mois
1.7.51	Métaplexie d'un épithél. sur base inflammatoire	Ulcération de l'amyg. g.	Mal à la gorge température	Adénopathie sous-max. g.	62 ans	Mas.	incis.	—
9.7.53	Ca. à Ca. à cell. pav. stratifiée	Amygdale hypertrophiée sans rougeur et ulcération	Douleur à la gorge	Adénopathie retro-angulo max	48 ans	Mas.	Toussilectomie évident g. g.	—
19.9.50	Ca. en ulcère du larynx venant de l'amygdale type baso-cell.	Amyg. g. hypertrophiée épiglotte moitié g. ???	Maux de gorge changement de voix dysphagie	gg. métast bilatéraux	58 ans	Mas.	R. X.	7 mois

	Type histologique	Macroscopie	Symptomatologie	Métastase gg.	Age	Sexe	Traitement	Survie	Décès
5	Ca. spino-cell. de l'amyg. g. atypique	Ulcération de l'amyg.	Impression de corps étranger dysphagie	gg. latéro-cervical g.	52 ans	Mas.	Radium R. X. évident g. g.	—	non
4 5	Ca. baso-cellulaire du sillon amygdalo-glosse	Présence d'un nodule au niveau du sillon amygdalo-glosse dr.	Douleur au niveau de la base de la langue	gg. bénin	59 ans	Mas.	R. X. Tonsillectomie	?	?
4	?	?	Angine dysphagie	non	59 ans	Fém.	Radium R. X.	—	non
4	Ca. spino-cell. de l'amyg. et pilier antér.	Ulcération du pilier ant. g. s'étendant jusqu'au voile du palais	Otalgie g. vomissements céphalées	gg. sous-max.	39 ans	Mas.	Radium R. X. évident g. g. Tonsillectomie	—	non
	Ca. cubo-cell. Ca. primitif de l'amyg. ?	Envahissement de la moitié droite de la langue et du pilier post.	—	non	70 ans	Fém.	Radium R. X. Resiction	—	non
6 6	Ca. spino-cell. avec atypie cell. et globe épider.	Ulcération de l'amyg. droite plancher buccal pilier ant. voile du palais	Douleurs en avalant des liquides ou solides	non	64 ans	Mas.	Cobathérapie Radium	—	non
6	Ca. pav. à tendance papillaire	L'amyg. dr. rouge, tuméfié, infiltré	Petite douleur à la gorge à droite, sensation de corps étrangers	gg. sous-angulo-max. dur mobile	78 ans	Fém.	Radium évident g. g. R. X.	—	non
0	Ca. de l'amyg. g. de type indifférencié	Bourgeonnement de l'amyg. g. avec une grosse nécrose	Pad d'otalgie	non	69 ans	Mas.	Refuse le traitement	—	—
4	Ca. baso-cellulaire avec ébauches de stratification	Tumeur volumineuse de l'amyg., pilier ant. g. et sillon amygdalo-glosse	Trismus, dysphagie paralysie du voile du palais, dysphagie	Adénopathie latéro-cervical g.	76 ans		R. X.	1 an	—

STATISTIQUES TIRÉES DES OBSERVATIONS DES CAS TRAITÉS A L'HOPITAL CANTONAL DE GENÈVE

- L'incidence de l'âge, pour toutes ces tumeurs, se situe à 60,8 ans (chiffres extrêmes de 22 à 78 ans), mais le sexe n'intervient guère puisque pour les hommes, l'âge moyen est de 61,7 ans (extrêmes de 39 à 76 ans) et, pour les femmes, de 60,3 ans (âges extrêmes de 22 à 78 ans).

Il n'a pas été possible de construire un polygone de fréquence pour l'incidence de l'âge vu la paucité des cas et la faible étendue des âges, mais on peut donner la répartition suivante :

	De 20 à 40 ans		De 40 à 60 ans		De 60 à 80 ans	
Hommes (25 cas)	4 %	(1 cas)	36 %	(9 cas)	60 %	(15 cas)
Femmes (7 cas)	14,3 %	(1 cas)	28,6 %	(2 cas)	57,1 %	(4 cas)

ce qui démontre bien l'influence prépondérante de l'âge.

- Il ressort de ces observations que la localisation est aussi liée au sexe car ces 32 cas se répartissent ainsi : 74 % des tumeurs sont trouvées chez les hommes (25 cas) et 2 % chez les femmes (7 cas).

Mais l'amygdale gauche est touchée dans 70 % (21 cas) et l'amygdale droite dans 30 % (9 cas).

La répartition, selon les sexes de ces proportions, donne le tableau suivant :

Hommes (23 cas)	74 % (17 cas)	26 % (6 cas)
Femmes (7 cas)	60 % (4 cas)	40 % (3 cas)

- Les adénopathies sont très fréquentes dans les cas de tumeurs malignes de l'amygdale puisque, dans ces observations, on note la présence d'adénopathies dans 71,9 % (22 cas) et leur absence dans 28,1 % (9 cas) des cas.
- La fréquence de la symptomatologie du début se répartit ainsi pour les 32 cas observés :

Adénopathie	9,39 %
Otalgie	12,50 %
Dysphagie	6,25 %
Névralgie	3,13 %
Pharyngite	9,39 %
Douleurs à la déglutition	18,75 %
Hémorragie buccale	3,13 %
Mal de gorge	21,83 %
Angine	3,13 %
Aucun symptôme	6,25 %
Symptômes inconnus	6,25 %

- Les types histologiques les plus fréquents sont donnés ci-dessous :

Les épithéliomas frappent 80 % des hommes (23 cas) et 16,3 % des femmes (5 cas) ; on note 3,7 % de lymphoépithéliomas chez les femmes et pas de cas chez les hommes (mais ceci ne concerne qu'un seul cas observé).

ainsi que le tableau suivant :

Carcinomes pavimenteux stratifié typique . .	21,85 % (7 cas)
» » » indifférencié	12,51 % (4 cas)
» » » atypiques	3,13 % (1 cas)
» » basocellulaires	28,14 % (9 cas)
» » spinocellulaires	21,85 % (7 cas)
Lymphoépithéliomas	3,13 % (1 cas)
Tumeurs malignes de types inconnus . . .	9,37 % (3 cas)

*Comparaison entre les statistiques
tirées des observations de l'Hôpital Cantonal de Genève
et celles résumées des données en littérature*

	Observations de l'Hôpital	Statistiques tirées de la littérature
Age moyen	60,8 ans (22 à 78 ans)	52,6 ans (21 à 81 ans)
Hommes	61,7 ans (39 à 76 ans)	
Femmes	60,3 ans (22 à 78 ans)	
Incidence selon		
le sexe :		
Hommes	74 %	81,2 % (72,8 % à 93,1 %)
Femmes	26 %	20,9 % (12,7 % à 40 %)
Adénopathies		79,2 %
Présences	71,9 %	(70,3 % à 82,6 %)
Types histologiques :		
Totalité des	Epithéliomas	66,4 %
tumeurs :	96,3 %	(42 % à 94 %)
	Lymphoépithéliomas	6,3 %
	3,7 %	(2,4 % à 11,4 %)
Selon les sexes :		
	Epithéliomas	88,4 %
	Hommes 80 %	(80 % à 95 %)
	Femmes 16,3 %	12,3 % (10 % à 16 %)
	Lymphoépithéliomas	
	Femmes 3,7 %	—
Localisations :		
A l'amygdale gauche	70 %	—
» droite	30 %	—

- La répartition des survies selon le sexe et la durée de cette survie donne le tableau suivant :

Moins d'un an	100 %	100 %	100 %
de 1 à 2 ans	60 %	86 %	67 %
de 2 à 3 ans	30 %	40 %	33 %
de 3 à 4 ans	30 %	30 %	30 %
de 5 à 8 ans	25 %	30 %	26 %

Ce qui démontre bien que le pronostic est assez défavorable puisque seulement le quart des cas traités ont une survie supérieure à 5 ans.

- La répartition des survies selon le traitement effectué est le suivant,

après amygdalectomie avec curage des ganglions et radiothérapie (8 cas suivis) :

Moins d'un an	100 %
de 1 à 2 ans	87 %
de 2 à 3 ans	75 %
de 3 à 4 ans	38 %
de 5 à 8 ans	25 %

Par radiothérapie et (ou) radiumthérapie (17 cas suivis).

Moins d'un an	100 %
de 1 à 2 ans	65 %
de 2 à 3 ans	30 %
de 5 à 8 ans	24 %

Il est à noter que les survies de 1 à 4 ans sont nettement améliorées dans les cas traités par amygdalectomie avec curage des ganglions et radiothérapie, par rapport à ceux traités seulement par radiothérapie et (ou) radiumthérapie.

- Les survies sont du même ordre de grandeur que celles données par les divers auteurs cités.

Ces comparaisons montrent que les chiffres obtenus à l'Hôpital Cantonal sont du même ordre de grandeur que ceux donnés par les auteurs cités ; signalons seulement la plus forte fréquence de tumeurs de l'amygdale gauche par rapport à celles de l'amygdale droite.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM B. — Cité par Maduro, loc. cit.
- ACKERMANN L. and J. Del REGATO. — Cancer : diagnosis, treatment and prognosis, Mosby, St. Louis, 1947.
- ARDOIN R. — Cité par Maduro, loc. cit.
- ARNOLD J. — Sitzbericht. Münch. Otolar. Gesell., Sitzung, von 31.1.1953.
- BACLESSE F. — Le diagnostic radiologique des tumeurs malignes du pharynx et du larynx, Masson, Paris, 1938.
- BASSAL C. — Prat. Méd. Franç., 1932, 13 (4), 149.
- BAUER E. — Mschr. Ohrenheilk., 1950, 84, 210.
- BAUER K. — Das Krebsproblem, Springer Verlag, Berlin, 1949.
- BELL E. — Text book of Pathology, Lea and Fibiger, Phil., 1947.
- BERVEN E. — Acta Radiologica, 1931, Suppl. 2. Radiation treatment of the tonsils in "Treatment of cancer and allied diseases" by Pack G. and Livingstone, Hoeber, N. Y., 1940.
- Blanc D. : Lymphadénome de l'amygdale droite, Thèse Montpellier, 1905.
- BROWNE I. — Laryngoscope, Saint-Louis, 1929, 6 62 .
- BRUNNER H. — Giorn. Veneto. Sc. Med., 1931, 10, 665.
- BULLO E. — Tumori, 1940, IIs., 14, 425.
- BURNAM C. — Trans. South Surg. Assoc., 1931, 44, 387. Surg. Gynec. Abst., 1955, 633.
- CASTEX A. — Rev. de Chir., 1886, 44.
- COUTARD H. — Ann. Mal. Oreil. Larynx, 1929, XLVIII, 407.
- CANUYT G. — Bruxelles Med., 1928 (4), 122. Ann. Mal. Oreil. Larynx, 1929, XLVIII (7), 725. Traité des maladies du pharynx, Masson, Paris, 1936.
- COFFIN D. — Laryngoscope, Saint-Louis, 1924, 34 (6).
- COSTA F. et CUTRONE F. — Arch. ital. Laryng., 1954, 62, 315.
- DANCOT H. — Acta Oto-Rhino-Laryng. Belg., 1954, 8 (6), 655.
J. Radiol. et Electrol., 1955, 36 (1), 34.
- DARGENT M. et GIGNOUX M. — Lyon Chirur., 1954, 49 (5).

- DESPONDS J. — Rev. Laryng., Paris, 1928, 49 (9) (9/10), 305.
- DIE VESTA, VIGI F., RISSI C. et MISORICI P. : Rapp. Soc. Ital. laryngol. otol., 1930.
- DIACONO C. — Cité par Maduro, loc. cit.
- DOLIVEUX B. — Rev. Laryngol. otol. rhinol. Bordeaux, 1954, 75 (78), 598.
- DUCUING J. et DUCUING L. — Les tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures, Masson, Paris, 1949. Ann. Oto. Laryng., 1935, 1, 20. Toulouse Med., 1925, 1^{er} août.
- DUFFY J. — Arch. Clin. Cancer Res., 1929, 3, 181.
N. Y. Stae J. Med., 1934, 34, 865.
- DUNN L. — Hebrew Med. J., 1940, 2, 183.
- DUTTA-CHANDLIURI R. — J. Indian. Med. Assoc., 1954, 23 (112).
- EWING C. — Amer. J. Path., 1928, 5, 99.
- FERRERI G. — Les tumeurs lymphoépithéliales de Schminke, Monographie, Rome, 1936.
- FERRERI G. et LIBERTIL D. — Bull. Soc. Franç. Otl., 1950.
- FROSETTI A. — Oto-Rino-Laring. Ital., 1953, 64 (4).
- FRÜHLING L. et WILD C. — Rev. Laryng. Otol., 1954, 75, 337.
- FAURE J. — Bull. Soc. Chir. Paris, 1907, 27.
- FAURE J. — Bull. Soc. Chir. Paris, 1907, 27.
- GAILTI F. — Minerva Chirurg., 1951 (93).
- GLARDINO J. and D. BELL. — Clin. Proc. Child. Hosp. Wash., 1953, 2, 5.
- GORDON B. NEW F. and CHILDREY K. — Arch. Otolaryng., Chicago, 1931 (6).
- GRAD W. — Arch. Ohr- usw. u. Z. Hals- usw. Heilk., 1951, 157, 467.
- HABISZ G. — Mschr. Ohrenheilk., 1948, 84, 251.
- HAGER A. — Mschr. Ohrenheilk., 1952, 87, 306.
- HAMALAINEN M. — Ann. Chirurg. et gynec. fenn., 1949, 38, 143,
(cité d'après Zbl. Hlas. usw., 1950-1, 41, 189).
- HOFFMAN L. — Strahlentherapie, 1932, 45 (4), 601.
- HOUSELL G. — Z. klin. Chirurg., 1895, 4, 124.
- JOLLY P. — Traité d'Hématologie, Maloine, Paris, 1932.
- JORGE I. et B. BRANCHETTO. — Cancer Rev., 1930, 5, 5.
- JOVIN B. — Ann. Mal. Oreil. Larynx, 1926, 5.
- LEMAITRE et F. GASTON. — Encyclopédie Médico-Chirurg., Oto-Rhino-Laryngol., Paris.
- MADURO R. — Pathologie de l'amygdale, Masson, Paris, 1953.
- DEL MAGNO A. — Arch. « De Vecchi », Firenze, 1949, 13, 33.

- MALLET L. — Radiol. Med., 1952, 38, 247.
- MARTIN H. and SUGARBACKER E. — Ann. Surg., 1951, 52, 158.
- De MARTINI R. — Minerva Chirurg., 1954, 9, 22.
- MATTICK W. — Arch. Otolaryng., Chicago, 1950, 51, 263.
Radiology, 1940, 35, 268.
- PAEK G. and LEFEVER R. — J. Cancer Res., 1930, 14, 167.
- PALLESTRINI E. — Academ. Med. Torino, 1954, 69, 1-3, 5.
- PARSHALL D. and SENSTROM K. — Radiology, 1953, 60, 564.
- PIERQUIN J., RICHARD C. et PIERQUIN B. — J. Radiol. Electrol., 1952, 33, 1.
- PIZZETTI F. et LEONCAVALLO G. — Oto-Rino-Laring. Ital., 1951, 62, Suppl. 7.
- PORTMANN M. et ZIELINSKI B. — Rev. de Laryng., 1950, 71, 533.
- QUICK D. — J. de Radiol., 1922, 111, 173.
- Del REGATO J. — Radiation Therapy, Seattle 1941 (2), 67.
- REUCHENMANN W. — Therapie und Prognose der Malignome des Weichen Gaumens, der Tonsillen und der Gaumenbogenzungen winkels. Zürcher Erfahrungen an 136 Fälle des Jahre 1936-1956. Thèse Zürich, 1954.
- ROSSI G. — Gior. Acad. Med. Torino, 1954, 117, 122.
- ROZENGANG D. und J. LEVIN. — Vestr. Otol. it. d. 1953, 15 (5), 59 (cité d'après Zbl. Hals usw. Heilk., 1953, 49, 355).
- SEBILEAU P. — Bull. Soc. Chirurg. Paris, 1922, 1209.
- SCHONBAUER L. — Wien. Med. Wschr., 1936, 62 ; 1940, 90.
Z. Krebsforsch., 1940, 49, 287. Strahlentherapie, 1941, 69, 121.
- SMITH L. and GAULT E. — Essentials of Pathology, Appleton Century Co., N. Y.
- TAILLENS J.-P. — Acta Oto-Laryng., 1944, LVI.
- TAYLOR G. and O. NATHANSON. — Lymph node metastases, in « Neoplastic Disease, » Oxford Univ. Press, 1942.
- TELOH H. — Arch. Surg., 1952, 65, 693.
- TRUFFERT P. et SEBILEAU P. — Le carrefour aéro-digestif, Arnette, Paris.
- VIGI F. — Oto-Rino-Laring. Ital., 1952, 20, 651.
- VIELO A. — La Capsule amygdalienne, Thèse, Toulouse, 1925.
- VERECHENSKY Z. — Presse soviétique, Lénigrad, 1923.
- WALKER J. and Schultz M. — Radiology, 1947, 49, 161.
- ZUPPINGER R. — Maligne Pharynx und Larynx Tumoren, G. Thieme Verlag, Leipzig, 1931.

